FWS / ESSAI DE RÉFLEXION ET DE PROPOSITIONS

LA DÉMOCRATISATION DE LA SANTÉ EN AFRIQUE

Faire de l'accès aux soins une réalité pour tous

Cheick Boucadry Traore

« La santé de l'économie est tributaire de la santé des citoyens. »

Une société peut disposer de ressources naturelles, de marchés en expansion et de projets ambitieux sans parvenir à assurer à ses habitants un accès digne aux soins. Lorsque la maladie oblige une famille à s'endetter, lorsque la distance retarde une consultation indispensable, lorsque la qualité du traitement dépend du revenu, le problème dépasse l'organisation d'un service public : il concerne la justice sociale, la capacité des institutions et l'avenir du développement.

La démocratisation de la santé consiste à faire passer l'accès aux soins du statut de possibilité réservée à certains à celui d'une réalité pour tous. Elle implique des droits, mais aussi les moyens concrets de les exercer : proximité des services essentiels, personnel qualifié, médicaments disponibles, financement équitable, protection des patients et responsabilité publique.

L'Afrique ne constitue pas un système de santé unique. Les ressources, les institutions, les contraintes géographiques et les acquis varient selon les pays. Les principes proposés ici appellent donc des applications nationales adaptées, et non une recette uniforme. Leur point de départ demeure néanmoins commun : la personne humaine doit être la source et la finalité de l'action publique.

01 La santé, une exigence de citoyenneté

La maladie ne demande pas le revenu d'un ménage avant de frapper. Pourtant, l'accès à une consultation, à un examen, à une intervention ou à un médicament peut encore dépendre de ce revenu. La liberté formelle de se soigner ne suffit pas lorsque les obstacles financiers ou géographiques rendent cette liberté illusoire.

Reconnaître le droit à la santé n'équivaut pas à promettre que chaque personne sera toujours en bonne santé. C'est affirmer que nul ne doit être exclu, sans justification, d'un système de prévention et de soins qui respecte la dignité humaine. Ce principe trouve un fondement dans les instruments internationaux et africains relatifs aux droits humains [1]. Là où il est utile, il peut être renforcé par une garantie constitutionnelle ; partout, il doit surtout être traduit en lois, en budgets, en responsabilités administratives et en voies de recours effectives.

La démocratisation exige ainsi quatre garanties indissociables. Les services doivent être disponibles ; ils doivent être accessibles, financièrement et géographiquement ; ils doivent être acceptables, dans le respect des personnes et de leur consentement ; enfin, ils doivent être de qualité. Une structure ouverte mais sans médicaments ni personnel n'assure pas davantage un droit réel qu'un hôpital compétent mais inaccessible aux ménages modestes.

Cette exigence concerne particulièrement les personnes que les politiques générales laissent trop facilement de côté : familles pauvres, habitants des campagnes, femmes enceintes, nouveau-nés, enfants, personnes handicapées, personnes âgées et populations déplacées. Leur situation ne doit pas apparaître en dernier dans les programmes nationaux. Elle doit servir de mesure de leur sérieux.

La citoyenneté comprend également une participation éclairée à la vie collective. Les patients doivent pouvoir comprendre leurs traitements, connaître les coûts qui leur sont demandés, donner un consentement informé, être reçus sans humiliation et signaler les abus. Les communautés doivent disposer de moyens de faire entendre leurs besoins. Cette participation n'exonère toutefois jamais l'État et les prestataires de leurs propres obligations : la précarité d'un patient ne saurait devenir un prétexte pour lui attribuer la responsabilité des insuffisances du système.

La santé publique ne doit donc pas être conçue comme un privilège, ni comme une faveur accordée aux populations. Elle constitue une condition concrète de la dignité, de la capacité d'apprendre, de travailler, d'élever une famille et de participer à la vie nationale.

02 Rapprocher réellement les soins des populations

Les inégalités territoriales sont parmi les plus difficiles à accepter. Dans certaines communautés rurales, les obstacles s'additionnent : éloignement des structures, manque de transport, coût du déplacement, faible disponibilité des médicaments, absence de personnel permanent et difficultés à obtenir une prise en charge rapide en cas d'urgence.

La réponse ne consiste pas à construire indistinctement un hôpital complet dans chaque localité. Une telle promesse risquerait de disperser les moyens sans garantir la qualité. Il faut établir un maillage cohérent : services de santé primaires proches des habitants ; centres de référence suffisamment dotés en diagnostic, maternité et urgences ; hôpitaux capables de recevoir les cas complexes ; transport et communication reliant ces différents niveaux.

Un centre de santé primaire doit pouvoir accueillir, orienter, prévenir, vacciner, suivre les grossesses, accompagner les maladies chroniques, reconnaître les signes de danger et déclencher un transfert sûr. Les équipes communautaires peuvent contribuer à la prévention et au suivi, sous supervision professionnelle et sans servir de substitut permanent aux soignants qualifiés. Cette approche centrée sur les soins primaires est cohérente avec les orientations de l'Organisation mondiale de la Santé [2].

L'implantation des services doit être décidée à partir des populations réelles, et non uniquement des divisions administratives. Le temps de trajet, l'état des routes, les saisons, l'approvisionnement en eau, la disponibilité de l'électricité, les besoins des femmes et des enfants, ainsi que les risques sanitaires locaux doivent entrer dans la planification. Chaque territoire doit savoir où obtenir les soins ordinaires, vers quel établissement se tourner en cas d'urgence et par quel moyen y parvenir.

Il faut aussi donner aux professionnels des raisons durables de servir hors des grandes villes : rémunération régulière, logement adapté, sécurité, matériel fonctionnel, possibilités de formation, progression de carrière et conditions de travail dignes. L'obligation d'affectation, lorsqu'elle existe, ne peut remplacer à elle seule une véritable politique de fidélisation.

La télémédecine peut aider à obtenir un avis spécialisé, à organiser des suivis ou à réduire certains déplacements. Mais elle exige de l'électricité, une connexion fiable, la protection des données et une possibilité d'examen physique lorsque celui-ci est nécessaire. Elle doit rapprocher la médecine des patients, non justifier l'abandon des infrastructures de proximité.

Un territoire n'est réellement couvert que si les personnes peuvent recevoir les soins appropriés au moment où ils sont nécessaires, et pas seulement si une structure figure sur une carte.

03 Former, employer et retenir les professionnels

Aucun système de santé ne peut être meilleur que la capacité des femmes et des hommes qui le font vivre. Bâtiments, équipements et réformes juridiques ne deviennent utiles que lorsqu'ils s'accompagnent de compétences, d'une organisation du travail et d'une éthique professionnelle exigeante.

Le rapport 2026 de l'OMS sur les ressources humaines en santé dans sa Région africaine projette un déficit d'environ 5,85 millions de professionnels à l'horizon 2030. Il met aussi en évidence un paradoxe : des personnels formés demeurent sans emploi ou sous-employés alors que de nombreux services manquent d'effectifs [3]. Le problème ne se résume donc pas au nombre de diplômés. Il concerne aussi la capacité de financement, le recrutement, la répartition territoriale, les compétences et la fidélisation.

Les politiques nationales devraient relier les écoles de santé, les projections démographiques, les budgets de personnel, les besoins des établissements et l'évolution des maladies. Former sans offrir de débouchés utiles est un gaspillage humain et financier. Recruter sans préparer les équipes aux réalités cliniques et sociales est une autre forme de négligence.

Le travail à l'hôpital public doit être organisé pour protéger le temps du patient et celui du soignant. Les urgences ont besoin d'un triage approprié, de protocoles fiables, d'un fonctionnement continu et d'une orientation rapide des cas qui relèvent d'autres services. Les établissements de proximité doivent être soumis à des exigences de qualité, d'hygiène, de traçabilité et de supervision, adaptées à leurs fonctions réelles.

La coexistence des activités publiques et privées appelle des règles claires. Elle ne doit pas conduire à délaisser les patients du service public au profit de consultations privées. Les horaires, les obligations, les conflits d'intérêts, les tarifs et les mécanismes de contrôle doivent être transparents, dans le respect des cadres nationaux et d'une rémunération juste. Il faut protéger les patients des abus sans désorganiser les services ni décourager les compétences indispensables.

La qualité du soin exige aussi une relation humaine : écouter le malade, expliquer le diagnostic, reconnaître l'incertitude, respecter la confidentialité et ne pas multiplier inutilement les actes. L'efficacité ne se mesure pas au seul volume de consultations ou de prescriptions. Elle se mesure aussi à la pertinence du traitement, à la sécurité des patients, aux résultats et à la confiance qu'inspire l'institution.

Rendre le personnel responsable suppose enfin de rendre les administrations responsables : paiement à temps, disponibilité du matériel, formation continue, procédures de plainte équitables et décisions fondées sur les besoins des populations.

04 Financer les soins sans appauvrir les familles

Le coût des soins peut enfermer les ménages dans un choix impossible : différer un traitement, vendre des biens, interrompre la scolarité d'un enfant ou s'endetter. C'est précisément ce risque que la couverture sanitaire universelle cherche à réduire. Le rapport mondial 2025 de l'OMS et de la Banque mondiale insiste sur la nécessité de renforcer les financements publics et prépayés, de réduire le recours au paiement direct des patients et de protéger en priorité les personnes pauvres ou vulnérables [4].

Selon l'analyse régionale publiée par l'OMS pour 2025, les paiements directs des ménages représentent approximativement 36 % des dépenses de santé dans la Région africaine de l'OMS [5]. Il s'agit d'un ordre de grandeur régional, non d'un taux identique dans tous les pays. Il suffit néanmoins à rappeler qu'une part considérable de l'effort peut encore être supportée au moment même où survient la maladie.

La voie à privilégier consiste à réunir les ressources avant que le risque sanitaire ne frappe : fiscalité publique, dispositifs solidaires d'assurance ou de mutualisation compatibles avec les capacités nationales, subventions ciblées et mécanismes de protection pour les ménages les plus vulnérables. Les prestations garanties doivent être explicites et réellement financées. Une assurance nominale qui laisse le patient payer les médicaments, les examens ou le transport peut créer une fausse sécurité.

En 2001, la Déclaration d'Abuja a fixé comme objectif politique l'affectation d'au moins 15 % des budgets nationaux à l'amélioration du secteur de la santé [6]. Ce pourcentage concerne les budgets annuels des États, et non 15 % du produit intérieur brut. Il demeure une référence de mobilisation, mais aucun seuil ne dispense d'examiner l'efficacité des dépenses, le niveau réel des besoins et l'équité de leur répartition.

Un financement juste doit aller de pair avec une gestion intègre. Les achats doivent être traçables, les prix et les contrats contrôlables, les stocks suivis, les comptes audités et les sanctions applicables en cas de fraude. Lutter contre la corruption et le gaspillage ne signifie pas condamner indistinctement les professionnels ; cela signifie créer des institutions dans lesquelles les ressources prévues pour les malades atteignent les services et sont utilisées conformément à leur objet.

La question des médicaments est décisive. Les achats groupés lorsque pertinents, les normes de qualité, la disponibilité des médicaments essentiels et des diagnostics, l'information sur les prix, la lutte contre les produits falsifiés et la régulation des circuits de distribution doivent former une politique cohérente [7]. Soutenir des capacités de production régionales peut renforcer cette stratégie lorsque les conditions de qualité, de coût et d'approvisionnement sont réunies.

Il ne suffit pas de dépenser davantage. Il faut financer les bons soins, pour les bonnes populations, au bon moment, et rendre compte des résultats.

05 Prévenir, soigner et préparer l'avenir

La santé ne commence pas à la porte de l'hôpital. Elle se construit dans l'enfance, à l'école, au travail, dans l'alimentation, dans la qualité de l'eau, dans l'environnement et dans la capacité des familles à reconnaître les risques. Un système exclusivement tourné vers le traitement tardif des maladies restera humainement et financièrement vulnérable.

La prévention doit être une composante ordinaire du service public : vaccination, suivi de la grossesse et du nouveau-né, nutrition, prévention du paludisme et des autres maladies transmissibles selon les contextes, dépistage et accompagnement de l'hypertension, du diabète et des cancers accessibles à une détection précoce. Les services de santé sexuelle et reproductive, y compris l'information sur la planification familiale, doivent respecter la décision libre et éclairée des personnes.

Les maladies chroniques exigent une continuité des soins que l'organisation autour d'épisodes isolés ne permet pas toujours. Le patient a besoin de diagnostics fiables, de médicaments suivis, de rendez-vous réalisables et d'un dossier médical suffisamment coordonné. Les personnes âgées, celles vivant avec un handicap ou une maladie durable et les familles confrontées à des troubles de santé mentale doivent être intégrées à cette continuité.

La santé mentale ne doit plus être renvoyée au silence ou au seul traitement des crises. La prévention, l'écoute, l'orientation et les soins adaptés doivent être possibles dans les structures générales, avec un accès à des professionnels spécialisés lorsque cela est nécessaire. Les addictions, les violences et la détresse psychologique demandent des réponses sanitaires et sociales coordonnées, non la stigmatisation.

La santé environnementale impose de travailler au-delà des ministères de la santé : eau potable, assainissement, pollution de l'air, logement, risques professionnels, sécurité alimentaire et adaptation aux événements climatiques. Une politique qui soigne les maladies sans examiner certaines des conditions qui les favorisent risque de reproduire les mêmes souffrances.

L'Afrique doit aussi investir dans ses capacités scientifiques : instituts de recherche, laboratoires, données sanitaires fiables, pharmacovigilance, formation spécialisée, partenariats scientifiques équilibrés et innovation adaptée aux réalités locales. Les traditions médicales ne doivent être ni méprisées ni dispensées d'évaluation. Leur place éventuelle dans les politiques publiques suppose des examens rigoureux de qualité, d'innocuité et d'efficacité.

La recherche ne doit pas être réservée aux grandes crises ni dépendre exclusivement de priorités définies ailleurs. Elle constitue une capacité nationale de comprendre les problèmes, d'évaluer les solutions et de préparer les besoins futurs.

06 Un pacte de responsabilité et de résultats

Démocratiser la santé ne signifie pas annoncer une réforme supplémentaire. Cela signifie construire un engagement public suffisamment précis pour être suivi, évalué et corrigé. Une transformation crédible peut s'organiser autour de six obligations complémentaires.

1. Garantir un socle de soins essentiels. Chaque pays devrait définir un panier explicite de prévention et de soins primaires, accompagné de dispositifs de référence pour les urgences et les interventions spécialisées. La protection des personnes pauvres et vulnérables doit être effective dès la mise en œuvre.

2. Planifier le territoire en fonction des besoins. Les services, les personnels et le transport sanitaire doivent être déployés selon la population, les distances, les conditions d'accès et les risques. Les zones rurales ne doivent pas être traitées comme des marges administratives.

3. Faire du personnel de santé une priorité d'investissement. La formation doit être liée à des postes financés, à des conditions de travail dignes, à la qualité clinique et à des carrières qui permettent de servir durablement toutes les régions.

4. Rendre les dépenses et les médicaments vérifiables. Les budgets, les achats essentiels, les prix, les ruptures de stock et les résultats des audits doivent pouvoir être examinés par les institutions de contrôle et, sous une forme intelligible, par les citoyens.

5. Reconnaître la voix et la dignité des patients. L'information, le consentement, la confidentialité, les voies de réclamation et une participation réelle des communautés doivent faire partie de la qualité des soins.

6. Mesurer ce qui change dans la vie des personnes. Chaque année, les autorités devraient publier des indicateurs vérifiables sur l'accès territorial, les dépenses directes supportées par les ménages, la disponibilité des médicaments essentiels, la répartition du personnel, la sécurité des soins et les résultats sanitaires, en signalant clairement les limites des données.

Ce pacte ne suppose pas que les pays partent du même point ou progressent à la même vitesse. Il exige, en revanche, qu'ils annoncent les priorités, affectent des moyens crédibles, rendent publics les progrès comme les insuffisances et permettent de demander des comptes. La responsabilité doit exister à chaque niveau : État, collectivités, établissements, ordres professionnels, assureurs, fournisseurs et partenaires.

La coopération internationale demeure nécessaire. Elle est utile lorsqu'elle consolide des institutions nationales, transfère des compétences, s'aligne sur des priorités clairement définies et laisse aux pays la capacité de poursuivre leurs services au-delà du cycle d'un financement extérieur. Elle devient fragile lorsqu'elle multiplie les programmes parallèles sans améliorer durablement la capacité publique.

Conclusion — La santé, mesure du progrès

Une société ne peut prétendre progresser durablement lorsque l'accès aux soins de base demeure le privilège de ceux qui peuvent payer ou de ceux qui habitent près des grands centres. L'inégalité devant la maladie n'est pas seulement une souffrance privée ; elle affaiblit la confiance, réduit les possibilités humaines et compromet les capacités économiques et sociales de la nation.

La démocratisation de la santé exige donc une décision de principe et une discipline de mise en œuvre. Il faut faire de la personne humaine le centre de nos choix ; organiser les soins au plus près de la population ; financer la solidarité ; respecter les professionnels tout en exigeant leur responsabilité ; prévenir autant que traiter ; et examiner publiquement les résultats obtenus.

Aucune réforme isolée ne suffira. Mais une succession de décisions cohérentes, tenues dans la durée et corrigées à la lumière des faits, peut changer ce qu'une famille attend du système de santé et ce qu'elle est en droit d'en recevoir.

La santé n'est pas une récompense de la prospérité. Elle est l'une des conditions de sa construction.

Repères documentaires

[1] Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, observation générale n° 14 sur le droit à la santé (art. 12 du Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) ; Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, art. 16.

[2] Organisation mondiale de la Santé, « Primary health care », fiche d'information, 5 décembre 2025. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

[3] OMS, Bureau régional de l'Afrique, State of the Health Workforce in Africa 2026: Plan, Train and Retain, mai 2026. afro.who.int/publications/state-health-workforce-africa-2026-plan-train-and-retain

[4] OMS et Banque mondiale, Tracking Universal Health Coverage: 2025 Global Monitoring Report, décembre 2025. www.who.int/publications/i/item/9789240117808

[5] OMS, Bureau régional de l'Afrique, Rapport annuel 2025, « The year in context », sur le financement et les paiements directs. www.afro.who.int/about-us/regional-director/annual-report-2025/landscape

[6] Organisation de l'unité africaine, Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes, 27 avril 2001 (objectif de 15 % du budget national).

[7] OMS, Bureau régional de l'Afrique, « Essential Medicines ». afro.who.int/health-topics/essential-medicines

FWS Publishing • Octobre 2026